Załącznik nr 2 do umowy na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w siedzibie Szpitala Wolskiego

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII W SIEDZIBIE SZPITALA WOLSKIEGO

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko lekarza)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

* wpis obejmuje wyłącznie faktyczne godziny

Czy uzupełniono dokumentację medyczną: ☐ **- tak** / ☐ **- nie** ***)**

)** – ***zaznaczyć odpowiednie

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur
Date / Data: 2025-01-28 10:49

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc
Date / Data: 2025-01-28 08:20

..... pieczęć i podpis lekarza

..... pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej